



**Einverständniserklärung zur Arzneiversorgung durch die  
Kranich Apotheke, sowie zur Speicherung gesundheitsbezogener und  
arzneimittelbezogener Daten**

I. Ich, .....

bin darüber unterrichtet worden, dass die Heimleitung mit der Kranich Apotheke entsprechend den gesetzlichen Vorschriften einen Versorgungsvertrag abgeschlossen hat, der die regelmäßige und umfassende Arzneiversorgung aller Bewohner und Patienten des Heimes zum Gegenstand hat.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Aufsichtsbehörde den Versorgungsvertrag geprüft und genehmigt hat.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass damit auch meine persönliche Versorgung mit Arzneimitteln und Medizinprodukten durch die Vertragsapotheke des Heimes erfolgt. Ich beauftrage das Heim ausdrücklich, sicherzustellen, dass alle ärztlichen Verschreibungen, die für mich ausgestellt werden, ausschließlich dieser Apotheke zugeleitet werden. Ich erteile die Erlaubnis, dass diese Apotheke ärztliche Verschreibungen direkt bei den Ärzten anfordern darf, falls dies auch der Wunsch des Heimes ist, um eine lückenlose Versorgung sicher zu stellen.

Ich erkläre mich damit einverstanden, dass abgesetzte oder dauerhaft nicht mehr benötigte Medikamente von der Apotheke entsorgt werden dürfen.

II.

Ich bin darüber unterrichtet, dass die Kranich Apotheke in Kooperation mit dem Blisterzentrum Steinweg Medical GmbH, Magdeburger Str. 16 c, 45881 Gelsenkirchen Leistungen anbietet, welche die Erkennung und Lösung arzneimittelbezogener und gesundheitsbezogener Probleme zum Gegenstand haben. Die Apotheke übernimmt es, die von Ärzten für mich jeweils verordneten Fertigarzneimittel entsprechend dem ihr durch das Heim und die Praxen übermittelten ärztlichen Therapieplan für mich für die Dauer einer Kalenderwoche jeweils individuell nach Tages- bzw. Tageszeitdosen zu verblistern.

Die Arzneimitteltherapie aller Heimbewohner soll dadurch optimiert und meine persönliche Lebensqualität erhöht werden.

Zu diesem Zweck erfasst die Kranich Apotheke Daten und Angaben zu meiner Medikation und leitet sie elektronisch zum Zwecke der Verblisterung an Steinweg Medical GmbH weiter.

Die Kranich Apotheke erfasst Daten zu meinem Gesundheitszustand, zur Anwendung von Arzneimitteln und Medizinprodukten sowie zum Inhalt von Beratungsgesprächen. Diese Daten ermöglichen es, mich bezüglich der Einnahme

von Arzneimitteln optimal zu beraten und mich bei der Arzneimittelanwendung und Anwendung von Medizinprodukten zu unterstützen.

Ich bin damit einverstanden, dass meine gesundheitsbezogenen Daten und Angaben der für mich ärztlich verordneten Arzneimittel und Medizinprodukte und die daraus gewonnenen Erkenntnisse in der Kranich Apotheke gespeichert werden und ausschließlich zu den oben genannten Zwecken verarbeitet und genutzt werden. Ohne meine Zustimmung werden diese Daten nicht weitergegeben. Steinweg Medical GmbH speichert ausschließlich die für die Verblisterung relevanten Daten.

Ich bin auch damit einverstanden, dass meine Apotheke mit meinem behandelnden Arzt Rücksprache hält, wenn dies aufgrund arzneimittel-, bzw. medizinproduktebezogener Fragen oder Probleme erforderlich ist. Ich kann jederzeit ohne Kosten Einsicht in meine Daten oder eine schriftliche Auskunft darüber erhalten und selbst entscheiden, welche ggf. gelöscht werden sollen. Mir ist bekannt, dass meine Daten zehn Jahre nach dem letzten Eintrag in der Apotheke gelöscht werden, soweit nicht gesetzliche Vorschriften eine längere Aufbewahrungsfrist vorsehen.

Diese Erklärung habe ich freiwillig abgegeben, sie kann von mir jederzeit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden.

---

Datum

---

Unterschrift des Patienten oder Bevollmächtigten